

## Streszczenie

Resekcja żołądka niezależnie od techniki chirurgicznej na zawsze i w sposób nieodwracalny zmienia funkcjonowanie całego przewodu pokarmowego oraz układów od niego zależnych. W pozostawionym kikutcie żołądka dochodzi to różnorodnych zmian czynnościowych, morfologicznych, metabolicznych, histopatologicznych. Pozostawiony szczątkowy narząd sam w sobie jest klasycznym przykładem stanu przedrakowego na podłożu którego dodatkowo może dochodzić do zmian poprzedzających kancerogenezę. Wąska grupa chorych po wycięciu żołądka wymaga szczególnej opieki, dokładnego rejestru oraz nadzoru w tym regularnej oceny endoskopowej. Celem pracy było stwierdzenie czy w grupie chorych po zabiegu usunięcia żołądka z przyczyn nienowotworowych występowały różnice dotyczące rozpoznań endoskopowych w porównaniu do grupy kontrolnej bez resekcji. W badaniu analizowano badania gastroskopowe wykonywane w trybie planowym, kontrolnym oraz pilnym. Diagnostyka endoskopowa została uzupełniona oceną histopatologiczną nieprawidłowości stwierdzanych w badaniu oraz samego miejsca zespolenia po resekcji żołądka. Materiał i metodyka. Przeanalizowano łącznie diagnostyczny proces 1927 chorych, wśród których 3,06% (n=59) zostało poddanych resekcji żołądka z powodu schorzeń nienowotworowych. W grupie po wcześniejszej operacji żołądka analizowano wyniki badań endoskopowych retrospektywnie oraz prospektywnie. Badania endoskopowe w części przypadków zostały wzbogacone o analizę histopatologiczną bioptatów błony śluzowej żołądka lub jego kikuta. Wszystkie analizy statystyczne wykonano za pomocą programu SPSS. W przedstawionej pracy przyjęto poziom istotności 0,05. W analizie wykorzystano test niezależności zwany również testem chi-kwadrat Pearsona.

### Cele pracy

1. Określenie epidemiologii zmian morfologicznych błony śluzowej żołądka u chorych poddanych jego częściowej resekcji oraz u chorych bez resekcji żołądka.

2. Ocena endoskopowa i histopatologiczna zmian błony śluzowej żołądka u chorych po jego częściowej resekcji z uwzględnieniem rodzaju zabiegu operacyjnego.

3. Określenie ryzyka zmian nowotworowych i przednowotworowych u chorych po częściowej resekcji żołądka.

4. Ocena różnic wyniku badania endoskopowego w zależności od trybu badania (planowe vs pilne).

### Wyniki

W analizowanym materiale najczęstszą nieprawidłowością stwierdzaną podczas endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego było zapalenie błony śluzowej żołądka lub jej pozostawionej części. Morfologicznie dominował nadżerkowy charakter zmian. Gdy badanie gastroskopowe wykonywano w trybie pilnym, w obrazie histopatologicznym częściej odnotowano: zapalenie przewlekłe błony śluzowej żołądka (7,51%; n=22), zapalenie aktywne błony śluzowej żołądka (4,10%; n=12), metaplastię (3,75%; n=11) oraz dysplazję błony śluzowej żołądka (0,68%; n=2). Rodzaj przeprowadzonego zabiegu resekcyjnego nie wpływał na charakter obserwowanych zmian zapalnych kikuta. Przemianę złośliwą stwierdzono częściej w grupie z kikutem żołądka (7,5%) w porównaniu do chorych bez resekcji (0,95%). Wśród zespolień przewodu pokarmowego wykonywanych sposobem koniec do boku częściej rozpoznawano raka gruczołowego żołądka porównując zespolenie koniec do końca (27,7% n=3 vs 2,27 n=1). Zbyt mała liczebność grup po zabiegach resekcyjnych uniemożliwia jednak formułowanie jednoznacznych opinii na temat wpływu rodzaju zabiegu na częstość zmian nowotworowych. Zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka stanowi udokumentowany stan przednowotworowy. W grupie po resekcji żołądka badanej planowo rozpoznawanie dotyczyło 10% chorych (n=4). W grupie kontrolnej przewlekłe zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka występowało rzadziej i dotyczyło 2,49% badanych (n=34). Również w grupie resekcyjnej częściej rozpoznawano metaplastię. W obrazie endoskopowym nieprawidłowość dotyczyła 13 chorych (27,66%) badanych retrospektywnie oraz 1 chorego 130 ocenianego prospektywnie (8,33%). Potwierdzenie histopatologiczne metaplastji dotyczyło 1 chorego ocenianego retrospektywnie (2,13%) oraz 1 chorego diagnozowanego prospektywnie (8,33%). Wśród żadnego chorego po resekcji żołądka nie stwierdzono zmian o charakterze dysplazji lub atypii. Zmiany takie występowały wśród 0,68% (n=2) chorych z grupy kontrolnej diagnozowanych w trybie pilnym. Porównanie trybu ostrego i planowego nie

determinowało różnic w uzyskanych wynikach endoskopowych wśród grupy po resekcji żołądka. Różnice takie występowały tylko w grupie kontrolnej, bez interwencji resekcyjnej. Planowy nadzór endoskopowy umożliwił częstsze wykrycie przewlekłego zapalenia błony śluzowej kikutu, w tym zmian zanikowych oraz raka kikutu żołądka. Na podstawie przedstawionej pracy można wnioskować że zmiany uwidocznione w badaniu gastroskopowym wyprzedzają pojawienie się objawów klinicznych. Ogromny wachlarz rozmaitych dolegliwości zgłaszanych przez chorych z resekcją może wynikać i jednocześnie być maskowany symptomami zespołu poposiłkowego. Szczególną wartość diagnostyczną wśród chorych z resekcją żołądka posiada gastroscopia wykonywana planowo lub kontrolnie w populacji chorych bez ostrych lub alarmowych objawów klinicznych. Wnioski 1. W obu grupach najczęściej stwierdzaną endoskopowo zmianą morfologiczną było zapalenie błony śluzowej żołądka. Dominował nadżerkowy charakter zmian zapalnych śluzówki. Rak żołądka statystycznie częściej rozpoznawano w grupie po resekcji żołądka w porównaniu do grupy kontrolnej z zachowanym narządem (7,5% vs 0,95%).

2. Wśród chorych po resekcji częściowej żołądka, niezależnie od sposobu przeprowadzonego zespolenia przewodu pokarmowego, stwierdzano zmiany zapalne resztkowej błony śluzowej głównie o charakterze zanikowym (10,91%, n=6). W grupie chorych z zespoleniem przewodu pokarmowego koniec do boku częściej rozpoznawano raka w kikucie w stosunku do zespolenia 131o typie koniec do końca. Trzy potwierdzone histopatologicznie przypadki gruczolakoraka dotyczyły zespolień w konfiguracji koniec do boku, sposobem Billroth II. Zbyt mała liczebność grup po zabiegach resekcyjnych uniemożliwia jednak formułowanie jednoznacznych opinii na temat wpływu rodzaju zabiegu na częstość zmian nowotworowych.

3. W grupie po resekcji żołądka w porównaniu do grupy kontrolnej, diagnozowanej w trybie planowym rak kikutu żołądka występował zmiennie częściej (7,5%; n=3 vs 0,95%; n = 13; p = 0,002). Również zmiany przednowotworowe w postaci przewlekłego zapalenia zanikowego śluzówki kikutu statystycznie częściej obserwowano w grupie po resekcji żołądka (10%; n=4 vs 2,49%; n=34; p = 0,017). W grupie po resekcji żołądka w analizie prospektywnej, oceniając zmiany histopatologiczne, zmiennie częściej rozpoznawano przewlekłe zmiany zapalne kikutu żołądka (41,67%; n=5 vs 6,38%; n=3; p = 0,033). 4. W grupie z resekcją żołądka, pilny tryb przeprowadzonej gastroscopii nie determinował różnic uzyskanych wyników. Rozpoznanie endoskopowe uzyskane podczas pilnego trybu diagnostyki różniły się zmiennie tylko w grupie kontrolnej bez wcześniejszej resekcji narządu. W grupie tej w materiałach histopatologicznych częściej stwierdzano: zapalenie przewlekłe błony śluzowej żołądka (n=22; 7,51%), zapalenie aktywne błony śluzowej żołądka (n=12; 4,10%), metaplazję (n=11; 3,75%) oraz dysplazję błony śluzowej żołądka (n=2; 0,68%). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

#### Podsumowanie

Grupa chorych po chirurgicznej resekcji żołądka (gastrektomia) wymaga ścisłego nadzoru endoskopowego połączonego z weryfikacją histopatologiczną. Wczesne rozpoznawanie każdej nieprawidłowości błony śluzowej kikutu żołądka umożliwia i zapewnia 132 optymalny sposób leczenia zmian nienowotworowych (zapalenie, metaplazja, zakażenie H. pylori), warunkuje wcześniejsze rozpoznanie raka kikutu, ak również innych anomalii śluzówkowych bezpośrednio o przedzających powstanie nowotworu w szczątkowym narządzie. W niezaawansowanych stadiach raka żołądka możliwe jest wykorzystanie radykalnych technik endoskopowych (ESD, EMR) lub laparoskopowych. Wczesne wykrycie raka kikutu żołądka umożliwia wyleczenie poprzez przeprowadzenie resekcji R0 makroskopowo i mikroskopowo wolnej od utkania nowotworowego. W znaczący sposób poprawia to przeżycia odległe, komfort i tak obciążonych już chorych oraz satysfakcję ze skutecznej opieki nad pacjentami po chirurgicznym odjęciu żołądka. Każdy chory po interwencji resekcyjnej żołądka, niezależnie od przyczyny zabiegu, wymaga regularnej opieka, która obejmującej nadzór kliniczny, biochemiczny, endoskopowy oraz w ostateczności histopatologiczny. Odpowiedni standard nadzoru nad chorymi po resekcji żołądka, kontrola endoskopowa i niezwłoczna odpowiedź terapeutyczna na zmiany zachodzące w świetle oraz błonie śluzowej pozostawionego narządu powinny uwzględniać potencjalny proces nowotworowy w kikucie.

Słowa kluczowe:

resekcja żołądka, kikut żołądka, rak żołądka, zapalenie żołądka, zanik, metaplazja, gastroskopia, zespół poposiłkowy